



Quatrième journée du CLUD
Hôpitaux de Toulouse
Hôtel-Dieu St Jacques

25 Octobre 2007

DOULEUR
AIGUË

Résumé des communications



PROGRAMME

8h45	Ouverture de la journée. <i>Mme Vitet</i> (Directeur de la Qualité et de l'Evaluation)
1^{ère} partie : Douleur aiguë : prise en charge Modérateur : <i>Dr P Roux</i>	
9h - 9h30	Pourquoi traiter vite et bien une douleur aiguë ? Comment ? <i>Dr Philippe Richebe (CHU- Bordeaux)</i>
9h30 -10h	Différents modèles de services de douleur aiguë, expérience pratique de mise en place et intérêt de telles unités. <i>Dr Michel Olivier (CHU-Toulouse)</i>
10h	Pause – Visite des Stands
2nd partie : Des protocoles : pourquoi ? Modérateur : <i>Dr N Cantagrel</i>	
10 h30 -10h45	Un protocole antalgique aux urgences ? Avec de la morphine ? 12 ans de recul ! <i>Mme Martine Quintard (IADE-CHU Toulouse)</i>
10h45 -11h	100 000 bonnes raisons pour ne pas appliquer les protocoles antalgiques ! Pourquoi ? <i>Dr Michel Olivier (CHU-Toulouse)</i>
11h -12h	Table ronde : Les protocoles dans la prise en charge de la douleur : intérêt, application, freins
12H00	Pause déjeuner sur place
3^{ième} partie : Ateliers pratiques (1h30 par atelier)	
13H30 -16h30	Atelier 1 : Evaluation de la douleur Atelier 2 : Prévention de la douleur induite par les soins Atelier 3 : Souffrance des patients et des familles

Douleur aiguë : prise en charge

Pourquoi traiter vite et bien une douleur aiguë ? Comment ?

Dr Philippe RICHEBE

MCU-PH Anesthésie et Réanimation

SAR 2, Pr Janvier

Hôpital Cardiologique Haut Lévêque

CHU de Bordeaux

Ces 20 dernières années, des avancées importantes ont été réalisées dans l'évaluation et le traitement des douleurs aiguës postopératoires (DAPO). Ces avancées concernent l'utilisation élargie de la morphine notamment par le biais d'administration autocontrôlée, mais aussi par l'utilisation plus fréquente de l'analgésie loco-régionale. L'amélioration de la formation du personnel paramédical et médical, ainsi que le développement de centres de gestion de la douleur aiguë postopératoire ont aussi participé au recul de l'incidence de cette DAPO.

Cependant, des études récentes ont souligné que malgré ces améliorations diverses, il persistait un certain pourcentage de patients qui ressentaient une DAPO modérée à sévère (41%) et qui relataient une analgésie inefficace (24%⁽¹⁾). Cette DAPO était aussi jugée comme sous-estimée dans une étude américaine sur un large échantillon de patients (2).

Hors, il a été récemment rapporté l'augmentation du risque de développer des douleurs chroniques postopératoires lorsque la DAPO avait mal été prise en charge et était donc intense dans les premiers jours après chirurgie.

Ceci ferait appel au concept de sensibilisation neuronale postopératoire. Cette dernière concerne à la fois des neurones périphériques comme centraux et a été décrite par de nombreuses équipes neuroscientifiques internationales. Elle s'expliquerait au niveau central par divers mécanismes dont l'un des plus importants serait, au niveau spinal central, l'implication et l'activation de récepteurs spécifiques d'acides aminés excitateurs type glutamate : les récepteurs NMDA. Cliniquement, cette sensibilisation se traduit par un état d'hyper-sensibilité dont la traduction sont hyperalgésies et allodynies.

Cette sensibilisation centrale qui aboutirait à faire le lit des douleurs chroniques serait aussi exacerbée par les fortes doses d'opioïdes que les anesthésistes administrent lors d'interventions chirurgicales.

Traiter « vite et bien » ces DAPOs semble donc primordial pour limiter le risque de sensibilisation neuronale et donc l'incidence des douleurs postopératoires chroniques.

Les stratégies thérapeutiques doivent donc faire appel à la fois à des agents analgésiques, mais aussi anti-sensibilisants dits anti-hyperalgésiques comme les anti-NMDA.

Ces stratégies font appel d'une part à la limitation des doses d'opioïdes peropératoires, mais aussi à la plus large utilisation de l'Anesthésie Loco-Régionale, et l'analgésie multimodale. Les antisensibilisants sont : anti-NMDA (Kétamine, N2O...), gabapentine, prégabaline, nefopam, AINS...

Comme le proposaient Moiniche et al (3), l'analgésie et l'anti-hyperalgésie multimodales doivent être précoces (dès la prémédication et le peropératoire) et être poursuivies de façon optimale pendant la totalité de la période de douleur postopératoire jusqu'à guérison quasi complète du patient. Ainsi, le risque de sensibilisation et de chronicisation de la DPO pourrait être très largement réduit.

(1) Dolin et al, Br J Anaesth 2002

(2) Apfelbaum JL et al, Anesth Analg 2003

(3) Moiniche et al, Br Med Bull 2004

Bases de l'Analgésie Postopératoire en 2007

Dr Michel Olivier (CHU-Toulouse)

Une analgésie postopératoire (APO) moderne doit poursuivre **5 objectifs** [1]:

- Contrôler la douleur au repos et à la mobilisation
- Faciliter la réhabilitation précoce du patient
- Minimiser les gênes fonctionnelles et améliorer la tolérance des traitements
- Réduire le risque de morbidité
- Réduire le risque de douleur chronique.

Les bénéfices attendus d'une analgésie efficace sont par conséquent nombreux [2,3,4]:

- Diminue les complications
- Réduit le risque de chronicisation de la douleur
- Réduit les temps d'hospitalisations, et par conséquent, les coûts et l'utilisation des ressources hospitalières
- Augmente la satisfaction des patients.

Des études récentes montrent malheureusement une **mauvaise gestion de l'APO** :

- L'analyse de 165 études publiées [5] retrouve :
 - Douleur au repos modérée à sévère 29,7%
 - Douleur à la mobilisation modérée à sévère 32,2%
 - Douleur sévère 10,9%
- En matière d'anesthésie ambulatoire (13 études) [6] :
 - Patient rapportant des douleurs après la sortie 45%
- Aux USA, sur 250 patients [4] :
 - Douleur aiguë malgré le traitement 80% !
 - Douleur modérée, sévère ou extrême 65%

En Europe, 55% des anesthésiologistes interrogés (Allemagne, Autriche, Espagne, France, Grande Bretagne, et Italie) ne sont pas satisfaits de la prise en charge de l'APO [7].

Pour N. Rawal, **les raisons de cette mauvaise APO peuvent se décliner ainsi** [1] :

- Les services de d'analgésie postopératoire (SAPO) existant peuvent être mieux organisés
- Absence de SAPO dans de nombreux hôpitaux et manque
 - D'habitude de la pratique des protocoles
 - D'évaluation et de surveillance de la douleur
 - De démarche d'assurance qualité
- Multiples variations dans les techniques utilisées
- Nombreuses barrières à l'introduction de nouvelles techniques.

Des propositions en découlent : améliorer les organisations, l'évaluation de la douleur et simplifier les techniques [1]

- Créer des SAPO dans toutes les structures
- Développer les SAPO existant
- Améliorer l'évaluation et le monitoring de la douleur
- Introduire des techniques plus simples permettant :
 - De réduire la charge infirmière
 - De réduire la nécessité d'une formation spécialisée
 - De rendre l'APO optimisée accessible à tous.

Mais, étant donné les contraintes économiques actuelles et l'exigence de prises en charge rentables, **il faut intégrer les SAPO dans des programmes multimodaux de réhabilitation postopératoire précoce** [8].

Une APO efficace impose une **stratégie** qui débute en préopératoire et se terminera à la sortie du patient, voire à domicile en cas de sortie précoce en Ambulatoire.

Mais une APO réussie ne se limite pas à la satisfaction immédiate du patient ou de l'équipe ! En effet, des travaux récents nous montrent que même avec une prise en charge satisfaisante pendant l'hospitalisation,

l'hyperalgésie [9,10], puis *la douleur chronique* peuvent s'installer et perdurer plusieurs mois, voire plusieurs années [11,12].

➤ **STRATEGIE PREOPERATOIRE**

- **Planifier l'analgésie postopératoire en fonction de :**
 - Terrain du patient (IR, IRp, IC ...)
 - Du rapport bénéfice/risque des techniques d'APO réalisables
 - Des préférences du patient
 - De la notion de douleurs préexistantes et de traitements antalgiques en cours
- **Informier et éduquer le patient**
 - Apprendre à évaluer la douleur : pourquoi, comment, quand ?
 - Apprendre à anticiper l'analgésie avant les soins
 - PCA, PCEA, PCRA, infuseurs, TENS...
 - Information orale > écrite [13]
- **GABAPENTINE (Neurontin®) en PM** [13,14,15,16,17]
 - Antiépileptique présynaptique (canaux calciques)
 - Indiqué également dans les douleurs neuropathiques
 - Antihyperalgésique
 - 600 à 1200 mg (en moyenne) 2 heures avant la chirurgie per os
 - Anxiolytique, _ EVA, _ consommation d'antalgiques postop, _ NVPO, _ rétention urinaire
 - _ sédation

➤ **STRATEGIE PEROPERATOIRE = ANTICIPATION**

- **Prévenir l'hyperalgésie :**
 - L'hyperalgésie est induite par les opioïdes [18] et est proportionnelle à la dose utilisée [19] : rechercher la « juste » dose
 - KETAMINE [20]
 - Anti NMDA = anti-hyperalgésique
 - Le plus tôt possible, avant ou avec l'injection d'opioïdes
 - 0,5 mg kg⁻¹ IVD (± 1 à 4 _g kg⁻¹ min⁻¹ pendant 48h) [11]
 - Association possible à la Morphine en PCA (bolus 0,5 à 1 mg)
 - Contre-indiqué en péridurale, rachianesthésie ou périnerveux (solvant neurotoxique)
 - Indications [21] :
 - Chirurgies mineures (en bolus peropératoires),
 - Interventions nécessitant de fortes doses de morphine peropératoire
 - Intervention chirurgicale se compliquant de douleurs chroniques (thorax, sein, amputations)
 - Patients ayant une tolérance aiguë aux morphiniques
 - Patients prenant des morphiniques en préopératoire
 - Patients douloureux en préopératoire
 - Actions (Cochrane revue, 37 études) [22]
 - Réduit le recours aux opioïdes, l'intensité de la douleur ou les deux
 - Réduit la consommation de la morphine en APC des premières 24h
 - Réduit les NVPO
 - Effets psychodysléptiques mineurs ou absents
 - N2O/O2 : analgésique et antihyperalgésique [23]
 - NEFOPAM (Acupan®) : analgésique et antihyperalgésique [24]
- **Anticiper la douleur postopératoire dès le bloc opératoire : Analgésie multimodale peropératoire** au moins 30 minutes avant la fin de l'intervention (adapter au terrain du patient)
 - Paracétamol IV 1g perfusion 10 min
 - + Morphine 0,15 mg kg⁻¹ IVD
 - ± AINS (ketoprofène ou parecoxib)
 - ± Nefopam
 - ± Tramadol

- **Réduire les facteurs algogènes peropératoires**
 - Lutter contre le refroidissement du patient
 - Réduire la taille des incisions : techniques chirurgicales mini-invasives, coelisocopie
 - Réduire les drains, retirer les sondes inutiles en postopératoire (gastrique, urinaire...)

➤ STRATEGIE POSTOPERATOIRE

- **Analgesie multimodale**
 - **Meilleure analgesie car touche plusieurs mecanismes de la douleur, epargne morphinique, reduction des effets secondaires de la morphine** [25,26,27]
 - **Association de drogues additives** : Paracétamol/Morphine, Néfopam/Morphine, Tramadol/Morphine, Clonidine/Morphine (IV)
 - **Association de drogues synergiques** : AINS/Morphine, AINS/Kétamine, Tramadol/Paracétamol, AL/Morphine, Clonidine/Morphine (Périmédullaire), Gabapentine/Morphine
 - **Association des techniques d'ALR** : amélioration de l'analgesie à la mobilisation par rapport aux techniques systémiques (y compris l'ACP)
 - Péridurale AL + opioïdes [28]
 - Cathéters nerveux périphériques [29,30,31,32] + PCRA ou infuseurs élastomériques
 - **Association d'infiltrations d'AL**
 - Dans la cicatrice de laparotomie [33]
 - Grâce à un cathéter et une perfusion continue [34]
 - **AL intrarticulaire** : injection unique ou PCRA : épaule [35], genou [36]
- **Repérer les facteurs favorisant des douleurs chroniques post chirurgicales**
 - Existence de douleurs postopératoires
 - Existence d'une hyperalgésie : l'hyperalgésie postopératoire (zone d'allodynie péricicatricielle) prédit la douleur chronique [37]
 - Intensité et durée de la douleur postopératoire
 - Lésion neurologique
 - Facteurs chirurgicaux :
 - Chirurgies pourvoyeuses de douleurs chroniques [38] : thoracotomie (22-67%), Sein (11-57%), Vésicule biliaire (3-56%), Hernie inguinale (0-37%), amputation (30-80%)
 - Techniques macroinvasives
 - Garrot si pression > 75 à 100 mmHg à PSA systolique [39]
 - Lésions tissulaires
- **Réduire les effets secondaires des morphiniques, dont le principal : les NVPO**
 - NVPO : 30,9% - Sédation : 25,7% - Prurit et rétention urinaire : 17,9%, Hypoxémie < 90% : 15,2%, Bradypnée <10/min : 1,6% [40]
 - Facteurs des NVPO : Sexe féminin, antécédents de NVPO ou de mal des transports, morphiniques en périopératoire, non fumeur [41]
 - Ondansetron = Dropéridol = Dexaméthasone = -26% effets additifs des associations
 - Attention : Sétrons et Tramadol : réduction de l'effet antalgique du tramadol [42]
 - Attention : Sétrons et Paracétamol : blocage de l'effet antalgique du Paracétamol [43]
 - Prévention : Propofol + air
- **Réhabilitation précoce [44,45,46]**
 - Education préopératoire des patients
 - Meilleure collaboration entre équipes
 - Analgesie postopératoire : réduction du stress chirurgical, analgesie dynamique
 - Nutrition entérale précoce
 - Restriction des perfusions hydriques
 - Limitation des drains, cathéters, sondes naso-gastriques, urinaires...
 - Kinésithérapie et mobilisation précoce
 - Gestion de la douleur induite par les soins et des plans de soin (anticipation antalgique)

➤ **EMERGENCE DE NOUVEAUX ADJUVANTS OU TECHNIQUES EN POSTOPERATOIRE**

- **Gabapentine en postopératoire** : méta-analyse de 12 études [47]
 - Amélioration des douleurs résiduelles de 0 à 4h mais aussi à 20 à 24h
 - Réduction de la consommation d'opioïdes en ACP
- **Corticostéroïdes systémiques** [48]
 - Réduction de la consommation d'opioïdes postopératoires
 - Effet anti-inflammatoire systémique
 - Réduction significative des scores de douleur
 - Réduction des NVPO et de la fatigue
- **Lidocaïne systémique** [48]
 - Réduction de la consommation d'opioïdes postopératoires
 - Effet anti-inflammatoire systémique et anti-thrombotique
 - Inhibe les réflexes nociceptifs viscéraux
 - Réduit la durée de l'iléus postopératoire
 - Réduction des NVPO
 - N'a aucune influence sur la réponse endocrine ou métabolique à la chirurgie
- **APC Fentanyl transdermique par iontophorèse : IONSYS®** [49,50]
 - Sans aiguille, pré-programmé et prérempli, pas de limitation de la mobilité du patient
 - Applicable sur la peau du thorax ou du bras
 - 40 µg de Fentanyl par bolus, toutes les 10 minutes, maximum 80 doses/24h ou inactif après 24h d'utilisation
 - Délai d'action rapide, pas de dépôt sur la peau, aucune action si n'est pas activé
 - Pas d'effet de premier passage hépatique
 - jetable

➤ **EN RESUME**

- On peut améliorer la prise en charge de l'APO
- La présence de SAPO bien organisés (personnel formé, procédures) est indispensable :
 - Améliore la gestion de l'APO, l'évaluation de la douleur, la gestion du matériel (pompes, TENS, infuseurs), la formation
 - Favorise les réflexions pluridisciplinaires sur la réduction des facteurs favorisants
 - Intégrer ces SAPO dans des programmes de réhabilitation précoce
- Anticiper dès le préopératoire la gestion de l'APO :
 - Information du patient,
 - Recherche des patients à risque de douleur chronique, de NVPO ...
 - PM à la gabapentine
- L'analgésie n'est pas suffisante, il faut aussi prévenir l'hyperalgésie (Kétamine, N2O/O2, Nefopam, Tramadol...)
- Anticiper la douleur en SSPI par une analgésie multimodale peropératoire
- Continuer l'analgésie multimodale le temps nécessaire (antalgiques de niveau 1 + 2 + 3 + AINS, ACP, cathéters ALR, Infuseurs, PCRA, nouveaux adjuvants...)
- Ne pas se contenter d'une analgésie au repos, réduire la douleur dynamique
- Réduire les effets secondaires des morphiniques, en particulier les NVPO
- Prendre en charge la douleur induite par les soins (pansements, mobilisations, kinésithérapie...)
- Simplifier les procédures d'APO, les adapter aux besoins de chaque chirurgie
- Intégrer les nouvelles techniques simplifiant la prise en charge (transcutanée par exemple)
- Faciliter la réhabilitation précoce.

Références :

1. Rawal N. Current challenges in postoperative pain management. ESA Vienne 2005
2. Cousins MJ et al. Reg Anesth Pain Med 2000 ;25 :6-21
3. Zimberg SE. Ma, ag Care Q 2003;11:34-6
4. Apfelbaum JL et al. Anesth Analg 2003;97:534-40
5. Dolin SJ et al. Br J Anaesth 2002;89:409-23
6. Wu et al. Anesthesiology 2002;96:994-1003
7. Rawal N et al Eur J Anaesthesiol. 1998 ;15 :354-83
8. Werner MU et al. Anesth Analg 2002 ;95 :1361-72

9. Célèrier et al. *Anesthesiology* 2000;92:465-72
10. Guignard et al. *Anesthesiology* 2000;93:409-17
11. De Kock et al. *Pain* 2001;92:373-80
12. Fassoulaki et al. *Anesth Analg* 2005
13. Arnold S, Delbos A, *Ann Fr Anesth Reanim* 2003
14. Pandey et al. *Can J Anaesth* 2004
15. Turan et al. *Anesth Analg* 2004
16. Ménigaux C et al. *Anesth Analg* 2005;100:1394
17. Al Mujadi et al *Can J Anaesth* 2006
18. Simonnet G et Rivat C *Neuroreport* 2003;14:1-7
19. Guignard et al *Anesthesiology* 2000 ;93 :409-17
20. Joly V et al. *Anesthesiology* 2005 ;103 :147-55
21. Subramanian et al. *Anesth Analg* 2004 ;99 :482-95
22. Bell et al *Acta Anaesth Scand* 2005 ;499(10) ;1405-28
23. Richebé P *Anesthesiology* 2005 103(4) :845 :54
24. Kapfer et al *Anesth Analg* 2005;100:169-74
25. Kehlet H, Dahl JB *Anesth Analg* 1993; 77:1048-1056
26. Aubrun F, *JEPU* 2004; 385-394
27. Fletcher D et al *Can J Anaesth* 1997;44:479-85
28. Wu et al *Anesthesiology* 2005-103:1079-88
29. Capdevila X et al *Anesthesiology* 1999;91 (1):8-15
30. Singelyn F et al *Anesth Analg* 1998; 87(1):88-92
31. Singelyn F et al *J Clin Anesth* 1999;11(7):550-4
32. Richman et al. *Anesth Analg* 2006;102:248-57
33. Moiniche et al *Br J Anaesthesia* 1998 ;81 :377-83
34. Liu et al *J Am Col Surg* 2006 ;203 :914-932
35. Harvey et al *Arthroscop Rel Surg* 2004
36. Chew et al *Arthroscop Rel Surg* 2003
37. Eisenach J et al *J Reg Anesth Pain Med* 2006;31:1-3
38. Perkins, Kehlet *Anesthesiology* 2000;93:1123-33
39. Estèbe JP. Ed Scientifiques et médicales Elsevier SAS Paris. 55-010-B-20, 2002, 6p
40. Walder et al *Acta Anaesthesiol Scand* 2001 ;45 (7) : 795
41. Apfel *Anesthesiology* 1999 ;91 :693-00
42. Arcioni R et al *Anesth Analg* 2002 ; 94 :1553-7
43. Pickering G et al *Clinical Pharmacology and therapeutics* April 2006:371-378
44. Kehlet H *Neurol blocade* 1988 Lippincott Ed 145-188
45. Kehlet H *Br J Anaesthesia* 1997; 78:606-17
46. Kehlet H *Lancet* 2003
47. Hurley et al *J Reg Anesth Pain Med* 2006;31:237-247
48. Vandermeulen et al *Acta Anaesthesiol Belg* 2006;57(2):113-20
49. Viscusi ER et al. *JAMA*. 2004;291:1333-1341
50. Viscusi ER et al. *Anesth Analg* 2006 Jan ;102(1) :189-94

Des protocoles : pourquoi ?

Un protocole antalgique aux urgences ? Avec de la morphine ? 12 ans de recul !

Mme Martine Quintard ; Dr Michel Olivier

Accueil des Urgences Purpan, CHU Toulouse

La douleur est une réalité quotidienne dans les services d'urgences. En effet, 80% des patients y consultant présentent une douleur et ce taux passe à près de 100% lorsqu'il s'agit de patients ayant subi un traumatisme ou étant porteur d'une pathologie viscérale chirurgicale. Reconnaître et traiter rapidement cette douleur doit donc faire partir des priorités des équipes soignantes y travaillant.

Mais, comment obtenir une prise en charge de la douleur efficace et constante pour les patients dans de tels services où les intervenants médicaux sont nombreux et de diverses spécialités, les infirmiers et aides-soignants très mobiles et les pathologies rencontrées non standardisées ?

Le pari de mettre en place une organisation pour tenter d'uniformiser les pratiques dans le domaine de l'analgésie et permettre aux infirmiers de traiter efficacement la douleur a été lancé il y a maintenant douze ans dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital Purpan avec la mise en place d'un protocole d'analgésie. L'objectif de ce premier protocole d'analgésie était de permettre à tous malades d'avoir une chance égale de bénéficier d'une analgésie rapide et efficace quels que soient sa pathologie, son terrain et le jour ou l'heure de son arrivée aux urgences. Ce protocole a depuis subi de nombreuses modifications en lien avec le terrain, les données de la science et le cadre réglementaire. Qu'en est-il de ces modifications et des mentalités soignantes qui ont accompagné ces changements ? Qu'a apporté ce protocole dans la prise en charge quotidienne de la douleur ?

Expérience du service des urgences chirurgicales adultes de l'hôpital Purpan (CHU Toulouse)

Le tableau ci après propose de voir comment l'évolution s'est faite dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital Purpan. Pour réaliser ce tableau descriptif et comprendre l'évolution de la prise en charge de la douleur dans ce service, il n'a été retenu ici que le protocole s'appliquant aux douleurs traumatiques, douleurs les plus fréquentes dans ce service.

On se rend compte qu'au fil de ces 12 années, il y a eu une évolution progressive des mentalités soignantes qui sont passées de « douleur fatalité », à prise de conscience et amélioration des attitudes face à la douleur du patient pour en arriver à une réflexion de l'équipe et enfin à la satisfaction globale de cette équipe par rapport à la prise en charge de la douleur. Toutes les notions introduites progressivement au cours de ces 12 années sont intéressantes à analyser car elles ont contribué à des étapes dans l'évolution de la prise en charge de la douleur de ce service et ont construit une équipe toujours prête à lutter contre la douleur. Ces notions capitales dans l'évolution du service sont au nombre de trois : la mise en place d'un protocole d'analgésie, la formation du personnel dans le domaine de la douleur et la mise en place de référents douleur.

Période	Type de prise en charge douleur	Comportement IDE	Notions introduites
Avant 1994	Pas de prescription systématique d'antalgiques.	Demande prescription d'antalgiques selon son propre ressenti, souvent tard.	
1994	Premier protocole douleur : Prodafalgan® + Profénid® + Nubain s/c	Prodafalgan® et Profénid® faits sans problème. Peur du Nubain® _ peu fait (prétexte = douloureux).	<u>Protocole douleur</u>
1996	Protocole douleur : Prodafalgan® + Profénid® + Nubain® IVL	Toujours peur du Nubain® _ fait en perfusions interminables + saturomètre (= garde-fou de dépression respiratoire).	<u>Formation douleur</u>
1998	Protocole douleur : Perfalgan® + Profénid® + Nubain® IVDL	Nubain® IVD Lent fait, sans saturomètre. Prise de conscience des limites analgésiques du Nubain® (effet plafond) → demande pour utiliser des médicaments plus puissants.	<u>Référent douleur</u>
1999	Protocole Douleur : Perfalgan® + Profénid® + Morphine IVDL	Application du protocole sans problème. Satisfaction par rapport à la prise en charge de la douleur.	
2002 à 12007	Protocole Douleur : Perfalgan® + Profénid® + Morphine IVDL + protocole complémentaire N2O/O2 (MEOPA)	Application des deux protocoles sans problème. Satisfaction par rapport à la prise en charge de la douleur.	

I. Mise en place d'un protocole d'analgésie :

La mise en place d'un protocole d'analgésie dès 1994 a représenté une étape capitale dans l'amélioration des pratiques de prise en charge de la douleur. Qu'a apporté ce protocole d'analgésie ?

1. L'uniformisation des pratiques :

Contrairement aux services d'hospitalisation traditionnels, les intervenants médicaux sont nombreux aux urgences : chirurgiens et médecins de toutes spécialités, urgentistes, anesthésistes, internes de médecine et de chirurgie. De ce fait, les pratiques de prescription en matière de prise en charge de la douleur peuvent être très variables. Ceci, était le cas avant 1994 dans ce service où l'analgésie des patients pouvait passer de très satisfaisante à inexistante au cours d'une même journée. La mise en place, en 1994, d'un protocole d'analgésie par le chef de service, alors médecin anesthésiste algologue, a permis de proposer une prise en charge analgésique efficace quels que soient la pathologie et/ou le terrain du patient. Petit à petit la stratégie thérapeutique proposée par le protocole faisant la preuve de son efficacité a été adoptée par l'ensemble des médecins intervenant aux urgences et lorsque ce n'était pas le cas l'infirmier se chargeait de la suggérer. C'est ainsi que le protocole « guide » est devenu le protocole systématique du service et que la prise en charge de la douleur est devenue constante.

2. Le droit à l'analgésie pour tous les patients :

Avant 1994 il arrivait que faute de connaissances certains patients ne soient pas calmés ou mal calmés avec comme prétexte : « le terrain difficile du patient ne permet pas l'administration d'un traitement antalgique » ou bien « l'analgésie va masquer la douleur et rendre difficile le diagnostic » ou encore « ça a l'air supportable ». Actuellement, quels que soient le terrain, la pathologie ou l'intensité de la douleur, le protocole propose une solution d'analgésie adaptée et donc tous les patients peuvent bénéficier d'un traitement antalgique efficace.

3. La mise en place de la pratique de l'évaluation de la douleur :

Le protocole douleur est construit autour de l'évaluation de la douleur. De ce fait, l'évaluation de la douleur, acte du domaine du rôle propre de l'infirmier qui était plus ou moins pratiqué avant 1994, est devenu, avec la mise

¹ *Infirmière anesthésiste douleur, **Médecin anesthésiste algologue

en place du protocole d'analgésie, une obligation. Cette pratique a mis un certain temps avant d'être complètement acceptée mais depuis 1999 (textes réglementaires concernant les protocoles d'analgésie) avec l'initialisation de l'analgésie par l'infirmier, elle est rentrée dans les mœurs du service. Ce n'est maintenant plus qu'une étape obligatoire dès l'admission du patient qui amène à penser à la douleur, à avoir un excellent suivi de la douleur dans le temps, à adapter la thérapeutique antalgique et à rédiger un suivi de l'information douloureuse.

4. L'initiation de l'IDE comme acteur responsable dans la prise en charge de la douleur :

Avant la mise en place du protocole d'analgésie, l'infirmier avait un rôle plutôt passif dans la prise en charge de la douleur, il mettait en oeuvre ponctuellement une prescription médicale.

Depuis la mise en place du protocole d'analgésie, en 1994 il a un rôle actif dans cette prise en charge de la douleur car il applique une prescription médicale selon une échelle de douleur qu'il doit mettre en oeuvre lui-même. C'est à partir de son appréciation que le traitement antalgique va être proposé.

A partir de 1999 la législation autorise l'infirmier à entreprendre des thérapeutiques antalgiques dans le cadre d'un protocole préétabli, protocole ayant ainsi valeur de prescription. A partir de ce moment là, l'infirmier des urgences est autorisé par le chef de service à initier l'analgésie dans le cadre du protocole préétabli, après un interrogatoire minutieux du patient (recherche de contre-indications), dès l'arrivée de celui-ci aux urgences et alors même que le médecin est occupé avec un autre patient. L'infirmier est alors positionné comme acteur responsable dans la prise en charge de la douleur, il doit évaluer la douleur pour administrer le traitement adéquat mais également rechercher des contre-indications chez le patient pour mettre en place un traitement adapté au terrain. L'IDE devient ainsi un maillon essentiel de la lutte contre la douleur dans ce service d'urgences.

5. L'intervention précoce et efficace sur la douleur :

Le protocole d'analgésie permet de mettre en place précocement c'est à dire, dès l'arrivée aux urgences du patient, un traitement antalgique spécifique adapté à l'intensité de la douleur et au terrain du patient, qui agit à des niveaux différents de l'organisme (analgésie balancée), à la bonne posologie et avec des réinjections prévues en systématique (avant que le patient ait à nouveau mal) et durant le temps qui sera nécessaire. Le protocole d'analgésie regroupe ainsi tous les grands principes de l'analgésie indispensables à mettre en oeuvre pour assurer une prise en charge optimale de la douleur.

II. Formation du personnel et introduction de référents douleur:

L'évolution de la prise en charge de la douleur dans ce service d'urgences a été possible grâce à la sensibilisation au problème de la douleur du médecin responsable et du cadre de santé du service. Le médecin a mis en place une formation douleur adaptée aux besoins du service et a été aidé par le cadre infirmier pour l'organisation, la planification et la restitution sur le terrain des sujets abordés en formation. Cette formation douleur démarrée en 1996 auprès des médecins, infirmiers et aides-soignants et qui continue à être donnée encore en 2007 est capitale, car elle a permis et permet toujours aux soignants de bien connaître la douleur, ses mécanismes, la façon de la rechercher, de la traiter et de surveiller les éventuels effets indésirables liés aux traitements. Elle permet également de repositionner le protocole au cœur de la lutte contre la douleur et l'infirmier comme acteur responsable et maillon essentiel de cette lutte contre la douleur.

III. Nomination de référents douleur:

L'évolution de la prise en charge de la douleur dans le service a été tout particulièrement remarquable en 1998 lorsque les référents douleur ont été positionnés. Nous désignons à cette époque par référents douleur les médicaux et paramédicaux auxquels les soignants pouvaient se référer pour résoudre une situation difficile en matière de douleur. Les infirmiers ont trouvé en ces référents, des interlocuteurs disponibles dont la mission spécifique était de répondre à des inquiétudes, des non compréhensions concernant la douleur. L'échange était ainsi facilité, les pratiques de prise en charge de la douleur s'amélioraient. En 2002 des référents douleur médicaux et paramédicaux en lien avec le CLUD des hôpitaux de Toulouse sont mis en place. Ils assurent leur rôle de formation, correction au quotidien et participent à leur niveau, à la redistribution de la dynamique CLUD notamment par la mise en place des protocoles CLUD.

CONCLUSION :

L'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients, dans le service d'urgences de l'hôpital Purpan de Toulouse s'est faite sur 12 années grâce à la motivation initiale du médecin responsable et du cadre de santé

Quatrième journée du CLUD des hôpitaux de Toulouse

du service. Ils ont développé la prise en charge de la douleur dans ce service à travers trois grands axes : la mise en place d'un protocole d'analgésie, la formation des personnels intervenant auprès du patient et le positionnement de référents douleur. Le protocole d'analgésie initialement mis en place a été dans cette expérience un « déclencheur » de l'amélioration des pratiques en matière de prise en charge de la douleur. Instituer une prise en charge efficace de la douleur dans un service d'urgences est donc possible, mais, demande une organisation de service et l'engagement des personnels. La mise en place d'une telle organisation ne doit cependant pas laisser penser que tout est gagné car une régression de la prise en charge de la douleur peut rapidement être observée. Nous l'avons d'ailleurs constaté lors du déménagement du service des urgences période pendant laquelle les diverses préoccupations en lien avec le déménagement ont obligé à mettre la prise en charge de la douleur au deuxième plan. Notre expérience du service des urgences de Purpan nous permet aujourd'hui d'affirmer que la clé de la réussite en matière d'amélioration des pratiques de prise en charge de la douleur passe par le référent douleur lorsque bien entendu, il est correctement investi dans cette mission. Ne devrait-on pas imaginer une organisation qui permette à ces référents d'accomplir pleinement leur mission de formation ?

100 000 bonnes raisons pour ne pas appliquer les protocoles antalgiques ! Pourquoi ?

Dr Michel Olivier (CHU-Toulouse)

Les protocoles

Circulaire du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë .

Les protocoles de soins sont :

- Elaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre
- Validés par l'ensemble de l'équipe médicale par le pharmacien et par le directeur du service de soins infirmiers
- Datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service
- Diffusés à l'ensemble du personnel médical et paramédical du service, au directeur d'établissement, au directeur du service de soins infirmiers ou pharmacien hospitaliser
- Remis au nouveau personnel dès son arrivée
- Accessibles en permanence dans le service
- Placés dans un classeur identifié
- Affichés si l'organisation du service s'y prête
- Évalués et, si nécessaire réajustés et, dans ce cas, redatés et signés
- Revus obligatoirement une fois par an
- Revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et diffusés

Un protocole = une prescription ?

Lettre de la fédération des établissements hospitalier de France

« Le protocole se distingue de la prescription médicale en ce qu'il trouve application à une pluralité de patients. Au contraire, la prescription médicale est obligatoirement individuelle.

Selon le ministère charge de la Santé, « les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils ne permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai [...] et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité »

(Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé, mai 2002, fiche 3 : « le traitement médicamenteux de la douleur »).

Les protocoles sont considérées comme 'des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir ».

Ils sont constitutifs d'une prescription médicale et, à ce titre, doivent être validés par un médecin (Responsable d'unité médicale).

COMPETENCE DES INFIRMIERS

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) et du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Art R 4311-8

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.

Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

TRACABILITE DES PROTOCOLES

Circulaire du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë

L'infirmier doit obligatoirement informer le médecin de son initiative et la consigner dans le dossier de soins

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. Article R 4331-8

Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

UN PROTOCOLE TRACE AUSSI POUR LE PATIENT

Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002, relatif au droit des malades et à la qualité du système de santé. Art L 1111-7

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et l'établissement de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, compte rendu de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre...»

TRACABILITE DES PROTOCOLES

Commentaire N. Lelièvre (Juriste de la SFETD, spécialisée en droit de la Santé)

L'IDE qui intervient en application d'un protocole doit toujours placer dans le dossier de soins la fiche de synthèse du protocole appliqué.

En effet, il est important de retrouver dans le dossier :

Evaluation du patient, motivation d'application du protocole et surveillance du patient.

Quant aux protocoles qui peuvent parfois contenir plusieurs pages, il n'est pas nécessaire de les placer dans le dossier du patient.

En revanche, à tout instant et notamment dans le cadre d'un éventuel contentieux, il est fondamental de pouvoir justifier de l'existence du protocole dans son intégralité sans limitation de durée.»

MISE EN PLACE DES PROTOCOLES DOULEUR

Circulaire du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë :

Les infirmiers peuvent, sur leur propre initiative, mettre en œuvre le protocole à visée antalgique pour la prise en charge des douleurs aiguës.

Le protocole doit répondre aux exigences du cadre général.

L'infirmier doit obligatoirement informer le médecin de son initiative et la consigner dans le dossier de soins.

EN CONCLUSION : VALIDITE JURIDIQUE DES PROTOCOLES

PROTOCOLE = PRESCRIPTION

Protocoles CLUD conformes aux protocoles de soins (circulaire du 1 février 1999)

Protocoles disponibles sur INTRANET

Protocoles archivés par le secrétariat du CLUD et à votre service

Information du médecin

Traçabilité dans le dossier de soins

. Mention des médicaments administrés

. Motivation de leur utilisation ou insertion du résumé du protocole

Ateliers pratiques

SOUFFRANCE DES PATIENTS ET DES FAMILLES

*Anne Andrieux, Marie christine Campergue, Simone Dalbies, Catherine Dupré Goudable,
Joelle Fourroux, Sylvie Lepage, Claude Merel Vevoz, Arlette Raynaud,
Nicolas Saffon, Delphine Thiboud*

Si la douleur physique est en passe d'être prise en charge, qu'en est-il de la souffrance ?

La difficulté de nommer la souffrance, de la définir, de la reconnaître et de l'évaluer est une préoccupation quotidienne.

La souffrance est une expérience subjective et universelle : elle est « ce qui affecte le sujet et pas seulement le corps » (L Croix Psychologue *Revue douleur*)

Ainsi la souffrance dépasserait le clivage psyché/soma.

La maladie, source de souffrance, met le patient dans un état de vulnérabilité, de dépendance qui bouleverse ses repères face à lui même ,dans son contexte de vie et vis à vis de ses proches.

En effet, la souffrance concerne tout être humain que ce soit la personne soignée sa famille, l'entourage et les soignants.

Le contexte de hôpital est un lieu chargé d'attentes ,d'espairs et de craintes qui vont également fragiliser chacun.

La non prise en compte de cette souffrance peut entraîner une perte de confiance, un risque de repli et de rupture de la relation.

Les difficultés de la prise en charge peuvent être liées au mode d'expression de cette souffrance, au mode de réponse (verbal et non verbal) du soignant.

L'objectif de la prise en charge n'est pas de faire taire la souffrance mais de la reconnaître à travers l'écoute.

Cet accompagnement est l'affaire de tous(quelque soit sa place et son rôle) et il concerne l'ensemble de l'équipe dans une véritable communication interdisciplinaire.

Lors de cet atelier nous aborderons :

- Les sources de la souffrance
- Ses divers modes d'expression
- Les modalités et écueils de la prise en charge
- Les mécanismes de défense rencontrés tant du point de vue des patients que des soignants

Nous souhaitons que ces différents axes de réflexion permettent des échanges au plus près de l'expérience et de l'interrogation de chacun.

DOULEUR INDUITE : UNE REALITE A DECAPITER

Groupe douleur induite-CLUD

Tous les jours, nous sommes amenés en tant que soignants médicaux ou paramédicaux, à réaliser des actes techniques ou des gestes de soins courants auprès des patients. Ces actes et gestes peuvent représenter pour certains patients, de véritables agressions physiques source de douleur. Quel soignant peut nier la réalité de cette douleur induite² ? Pourtant, il s'agit d'une douleur dont on parle peu et dont on se préoccupe peu, alors que son processus est bien connu et que la sensation douloureuse est devenue au fil des siècles culturellement et socialement intolérable. Il est donc temps que nous prenions conscience de la réalité de cette douleur pour les patients, des conséquences qu'elle peut avoir et des obligations que nous avons dans ce domaine afin d'envisager des solutions systématiques à mettre en œuvre pour l'atténuer.

Plusieurs résultats d'enquêtes, permettent d'affirmer que la douleur induite n'est pas un mythe mais bien une réalité pour les patients et qu'elle mérite qu'on y porte toute notre attention. Parmi eux, les résultats de la grande enquête multicentrique réalisée en collaboration avec ASTRA et la SOFRES médicale qui a évalué la douleur des gestes invasifs en cancérologie³ et dans laquelle un patient sur trois reconnaît que subir des gestes invasifs répétitifs est extrêmement, très ou assez gênant ou encore, les résultats de l'enquête réalisée par l'équipe du département d'anesthésie réanimation algologie de l'institut Bergonié de Bordeaux⁴ qui montre que parmi les 70% de patients qui expriment une douleur dans un secteur de surveillance post interventionnelle, 38% sont une douleur induite par les gestes de soins, considérée par les patients comme plus intense que la douleur de la chirurgie.

Il existe peu de réelles données de santé publique analysant les répercussions de cette douleur induite par les soins mais en pratique nous savons qu'elle n'est pas anodine et qu'elle peut avoir des conséquences importantes à plus ou moins long terme.

Les réactions les plus fréquemment observées dans ce domaine outre la résignation et l'acceptation, sont l'appréhension, la crispation, la nervosité à l'idée du geste et lors de la réalisation du geste. Le stress ainsi généré, souvent négligé, entraîne la libération dans l'organisme d'adrénaline ce qui a pour conséquence l'amplification du phénomène douloureux. Outre ce phénomène d'amplification de la douleur, toutes les complications propres à la douleur aiguë en général peuvent se voir en matière de douleur induite et tout particulièrement l'hyperactivité sympathique (tachycardie, hypertension...) ou parasympathique (bradycardie avec malaise) et l'hypo ou hyperventilation alvéolaire délétères sur certains terrains. Enfin, et à ne pas négliger, la douleur induite comme toute douleur aiguë, expose au risque à plus ou moins long terme de voir développer une douleur chronique conséquence de la mémorisation des phénomènes douloureux (empreintes laissées sur les structures nerveuses et le psychisme) d'autant plus importante que la douleur aiguë aura été prolongée, intense et que la souffrance du malade aura été négligée, méconnue ou mise en doute.

Pendant très longtemps, cette douleur induite, a été considérée comme le prix à payer pour obtenir une guérison. Depuis les années 1980, le droit du patient à parler de sa douleur pour qu'elle soit évaluée et prise en compte a engendré la mise en place de textes de loi et la douleur induite ou douleur provoquée selon les termes employés dans les textes réglementaires a fait l'objet d'une réflexion de la part du Gouvernement et du législateur. Ainsi, en 2002, la circulaire mise en place dans le cadre du programme national de lutte contre la douleur a défini la douleur provoquée comme axe prioritaire de travail pour les équipes soignantes et rappelle notamment l'importance de développer des protocoles dans ce domaine. Ces exigences législatives et gouvernementales ont bien entendu des conséquences sur les représentations que les patients ont des soins, ils ont désormais des exigences concernant la non douleur lors des actes soignants et toute non prise en charge peut être considérée comme un préjudice susceptible d'être lourdement compensé sur le plan indemnitaire.

Prendre en charge correctement la douleur induite, c'est avant tout connaître les moyens de prévention médicamenteux et non médicamenteux à notre disposition pour pouvoir les utiliser.

² Douleur induite : douleur, de courte durée, causée par le soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. - F.Boureau - Les douleurs induites, Institut UPSA de la Douleur, 2005.

³ Enquête multicentrique : Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte. Quels ressentiments sur la qualité de vie des patients ? - ASTRA/SOFRES - 1997, 1998 -

⁴ Enquête : les douleurs péri-opératoires, Département d'anesthésie réanimation algologie, institut Bergonié, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, Bordeaux - SFAR 2003 -

Quels sont ces moyens ?

Parmi les moyens médicamenteux, on trouve le MEOPA, mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote aux propriétés sédative et analgésiante. Administré au moyen d'un masque transparent avec système de réserve ou bien d'un masque muni d'une valve de non réinhalation et d'un ballon réservoir, il est utilisé pour la réalisation d'actes douloureux superficiels. Son usage sûr, sa rapidité d'efficacité (3 minutes) et son élimination rapide (disparition des effets dès l'arrêt de l'administration du produit) en font un produit de choix en matière de prévention de la douleur induite. Les anesthésiques locaux ont aussi une place de choix dans ce domaine. Appliqués au contact des muqueuses ou de la peau, ils se fixent sur les terminaisons nerveuses et bloquent de manière spécifique, totale et réversible la conduction nerveuse empêchant ainsi la transmission du message douloureux. Parmi eux, on peut utiliser les XYLOCAÏNE® (*chlorhydrate de lidocaïne*) qui se présentent sous plusieurs formes, gel pour application au niveau urétral, gel visqueux pour la cavité buccale, liquide pour nébulisation au niveau de la sphère ORL et liquide pour contact ou infiltration au niveau de la peau et des muqueuses. Autre anesthésique local facilement utilisable, EMLA® 5% (mélange équimolaire de lidocaïne et de prilocaïne) qui permet une anesthésie par contact au niveau de la peau saine ou des muqueuses génitales et qui peut également être utilisé dans le cadre de détersion mécanique d'ulcères de jambes. Ce produit ne peut être utilisé dans le cadre de l'urgence du fait de ses délais d'action un peu longs. Les antalgiques des paliers I, II et III, d'action centrale ou périphérique, de puissance variable, peuvent également être utilisés en matière de prévention de la douleur induite. Ils doivent être administrés à dose suffisante et dans un délai suffisant pour que le soin douloureux soit fait au pic d'action du médicament. Ce délai doit tenir compte de la pharmacodynamie et pharmacocinétique du produit et de la voie d'administration. Pour des douleurs attendues modérées à sévères, la morphine du palier 3 a une place de choix. Pour des douleurs attendues plus faibles, les antalgiques du palier 1 ou 2 peuvent être utilisés tels le néfopam, le contramal, le paracétamol, les AINS, mais malgré tout, aucune étude n'a pour l'instant pu fournir de preuve d'effet préventif de ce type de médicaments en matière de douleur induite. La sédation consciente qui consiste à obtenir chez le patient, un état de sédation tout en préservant intacte la fonction cardio-respiratoire et le contact verbal est également une technique intéressante pour permettre la réalisation de gestes peu ou pas douloureux mais anxiogènes et mal supportés. Elle est réalisée grâce à l'utilisation d'une benzodiazépine type midazolam (Hypnovel®), ou d'un anxiolytique type hydroxyzine (Atarax®). Cette sédation consciente peut être associée à une analgésie préventive dans le cas de gestes plus douloureux auquel cas on parle de sédation/analgésie.

De nombreux moyens non médicamenteux ont également fait la preuve de leur efficacité en matière de douleur induite. Parmi eux, la respiration contrôlée qui consiste à aider le patient à obtenir une respiration profonde rythmée à l'aide d'exercices respiratoires permettant détente musculaire et meilleure oxygénation des cellules, efficaces sur la douleur. Autre moyen utilisable, la diversion qui permet d'amener le patient à se concentrer sur des activités absorbantes attirant ses pensées sur un autre centre d'intérêt que la douleur. L'imagerie dirigée qui consiste à solliciter l'imagination du patient pour l'aider à développer des images ayant un sens particulier pour lui, agréable, relaxant et absorbant, permet elle aussi, une dissociation avec l'expérience douloureuse. Le renforcement, est également une technique efficace mais applicable uniquement à l'enfant. Elle consiste à renforcer un comportement positif en matière de douleur et ceci, en donnant une information dédramatisée sur un soin douloureux, ex : soin sur une poupée ou une peluche, attribution d'une récompense comme un diplôme de bravoure. La relaxation peut elle aussi être utilisée en matière de prévention de la douleur induite. En effet, permettre la contraction d'un groupe de muscles pendant plusieurs secondes, la concentration de l'attention sur la sensation des muscles contractés, puis la relaxation et la concentration de l'attention sur la sensation des muscles décontractés, amène détente musculaire, anxiolyse et meilleure adaptation face au stress augmentant par ce biais le seuil de perception de la douleur. La sophrologie et l'hypnose sont également deux techniques très efficaces dans le domaine de la douleur induite, elles permettent au patient de mieux contrôler et gérer leur douleur, mais elles demandent la participation de soignants spécifiquement formés. L'art et la musique peuvent également être des moyens simples et faciles à utiliser dans notre activité quotidienne pour diminuer la douleur induite. En effet, l'art et la musique sont des stimuli sensoriels multidimensionnels qui peuvent agir sur la douleur en altérant la conduction des fibres afférentes et ceci, par le biais du détournement de l'attention, de la stimulation de la production d'endorphines et de l'état de relaxation avec détente musculaire qu'ils induisent. Enfin, autre technique efficace mais spécifique au nourrisson jusqu'à l'âge de 2 à 3 mois, c'est l'utilisation de solutions sucrées de saccharose qui permettent de déclencher un réflexe gustatif qui, associé à la succion d'une tétine, stimule la sécrétion d'endorphines efficaces sur la douleur.

Outre la connaissance et l'utilisation des moyens médicamenteux et non médicamenteux, la prévention de la douleur induite passe également par la mise en œuvre d'attitudes soignantes :

- adaptation de l'environnement afin d'obtenir une ergonomie des lieux qui facilite les gestes et de disposer d'une décoration attrayante pour permettre la distraction du patient ;
- information du patient sur les soins à réaliser pour faciliter la démarche thérapeutique, lui permettre de participer à sa propre prise en charge de la douleur et mobiliser l'effet placebo (30 à 40%)

- d'efficacité en matière de douleur⁵ ;
- relation soignant/soigné de qualité, véritable « pansement » psychologique avec langage approprié, présence calme, diminution des stimuli extérieurs (bruits, lumière...), respect de l'intimité et de la pudeur, du rythme de sommeil, installation confortable sans contention absolue ;
 - perfectionnement des compétences techniques pour acquérir des gestes sûrs et rapides ;
 - utilisation d'un matériel adapté au soin et au type de patient ;
 - acceptation de l'échec (savoir passer la main à un collègue au bout de deux tentatives maximum) ;
 - mise en commun des informations et organisation interdisciplinaire pour permettre une bonne coordination des bons moments du soin.

Enfin, la prise en charge efficace de la douleur induite doit passer par un travail pluridisciplinaire puisque ce type de douleur concerne toutes les catégories professionnelles médicales et paramédicales gravitant autour du patient. Ce travail pluridisciplinaire doit être centré sur une communication interpersonnels orale et écrite performante et sur les problématiques spécifiques de chaque situation de soin. L'infirmier, au cœur de l'interdisciplinarité a un rôle capital à jouer à ce niveau et ce rôle doit s'affirmer dans :

- l'organisation et la planification des gestes et soins avec des gestes étudiés, remis en cause dans leur utilité, leur opportunité et leur systématisation et le développement de plans de soins infirmiers rigoureux permettant le regroupement des soins autour d'une même prévention ;
- l'évaluation systématique de la douleur aux différents moments du soin (rôle propre infirmier) et la traçabilité de cette évaluation ;
- l'utilisation de protocoles d'analgésie^{6 7} permettant anticipation efficace et systématique de la douleur.

Au final, nous pouvons dire que les composantes de la prévention de la douleur induite sont à la fois médicamenteuses, psychologiques, matérielles et organisationnelles. Il est donc de ce fait, difficile de donner une conduite idéale pour prévenir ce type de douleur mais en combinant les différents moyens, en personnalisant la prise en charge, en recherchant une adéquation entre demande explicite ou implicite du patient nous devrions permettre de voir diminuer voire disparaître cette douleur induite.

Conclusion : La douleur induite ne doit plus être niée. La combattre doit devenir, au regard de nos connaissances et de la réglementation en vigueur, une nécessité technique incontournable et une obligation déontologique. Une sensibilisation et une réflexion de tous les intervenants auprès du patient qu'ils soient médicaux ou paramédicaux sont indispensables. L'analyse de nos pratiques et des gestes de soins que l'on est amené à réaliser doit nous permettre de trouver des solutions pour la diminuer voire la supprimer et ainsi augmenter le confort et la sécurité du patient. L'éventail des moyens à notre disposition est suffisamment large pour permettre une prévention de qualité. La prévention de la douleur induite doit dorénavant s'inscrire dans une démarche qualité des équipes soignantes. L'objectif « zéro douleur induite » est probablement irréaliste, mais tendre à s'en approcher est possible.

⁵ De Pascalis V, Chiaradia C, Carotenuto E. The contribution of suggestibility and expectation to placebo analgesia phenomenon in an experimental setting. *Pain* 96 (2002) 393-402

⁶ Protocoles CLUD disponibles sur Intranet Hôpitaux de Toulouse, rubrique « Douleur / Soins palliatifs » - « CLUD ».

⁷ Code de la santé publique, actes professionnels infirmiers, Article R4311-8 : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. »

EVALUATION DE LA DOULEUR

J-M. BERGIA et S.CARA

L'évaluation de la douleur des patients est une des pierres angulaires d'une bonne prise en charge des patients douloureux et répond à certains critères bien établis. Celle-ci doit concerner tout patient douloureux et doit être effectuée par l'ensemble des professionnels de santé formés à l'évaluation.

L'évaluation de la douleur du patient doit pouvoir permettre d'identifier un patient douloureux ou susceptible de l'être et faire la part des choses entre douleur aiguë ou douleur chronique (utilisation possible du questionnaire DN4). Les thérapeutiques et les stratégies de prises en charge qui en découleront seront capitales pour l'amélioration du patient d'où l'intérêt de ne pas sous-estimer ou négliger une évaluation de la douleur. Tous les professionnels de santé qui effectuent une évaluation de la douleur doivent toujours transmettre les résultats des évaluations dans le dossier de soin, à leur équipe et surtout effectuer une cotation avant, pendant et après un traitement antalgique avec des outils permettant des cotations reproductibles et aisées. Dans ce cas plusieurs outils sont à notre disposition avec les plus connus qui appartiennent au domaine de la douleur aiguë. L'échelle numérique (la plus communément utilisée), l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle verbale simple (surtout chez le sujet âgé), l'échelle comportementale et l'échelle des visages vont permettre des évaluations répétées de l'intensité de la douleur. Ces échelles unidimensionnelles doivent être bien expliquées au patient avant la première évaluation en se basant sur les bonnes pratiques d'utilisation des échelles sous peine de les voir vouées à l'échec ou non représentatives. D'autres outils sont également à notre disposition avec le dessin du schéma corporel des zones douloureuses du patient et son ressenti mais aussi en effectuant de l'hétéro-évaluation avec des échelles spécifiques pouvant être utiles dans le domaine de la douleur chronique. Celles-ci n'explorent plus la seule intensité de la douleur mais vont pouvoir rechercher par exemple des signes d'anxiété ou de dépression (HAD-Hospital Anxiety & Depression scale). Il existe le questionnaire concis sur les douleurs (QCD-Evaluation de la douleur sur le comportement quotidien), San Salvador (Enfants polyhandicapés non communicants), BPS (évaluation douleur chez le patient non communicant) mais aussi des questionnaires permettant de mettre en évidence un patient âgé douloureux (DOLOPLUS 2)... Au-delà de ces échelles, l'interrogatoire et la clinique font bien entendu partie intégrante de ce processus d'évaluation afin de déterminer une localisation, un type, une durée, les facteurs déclenchants, la fréquence, la sensibilité à une douleur... La démarche d'évaluation est pour vous bien capitale et doit s'articuler comme suit en s'adaptant bien évidemment au contexte douleur aiguë ; douleur chronique :

- Historique de la douleur
- Caractéristiques de la douleur
- Analyse des traitements reçus
- Examen clinique
- Evaluation du contexte psychologique social et familial.
- Examens para-cliniques

Un vaste programme qui doit toujours rappeler que l'évaluation n'est pas toujours facile et que la négliger est délétère pour le patient et peut engendrer des retards de prise en charge pouvant conduire à la douleur chronique et ses difficultés de prise en charge.

Les membres du bureau du CLUD :

Coprésidence : Dr Nathalie CANTAGREL Mr Jean Marc BERGIA
Médecin Anesthésiste Algologue Infirmier

Direction de la Qualité et de la Stratégie (D.Q.S.) : Mme Anne VITET

Direction du Service des Soins Infirmiers (D.S.S.I.) : Mr Jean François ZIMMERMANN

Vice-président de la CME : Dr Bernard GEORGES

Membres de la CME: Dr Vincent LUBRANO Neurochirurgien Hôpital Rangueil
Pr Laurent SCHMITT Psychiatre Hôpital Casselardit
Dr Christine TISSOT-ROCHE Médecin anesthésiste Hôpital Purpan

Collège des experts médicaux et paramédicaux :

Dr Christine BREFEL-COURBON
Neurologue Hôpital Purpan

Dr Michel OLIVIER
Médecin anesthésiste Hôpital Purpan

Mme M Christine CAMPERGUE
Psychologue – Hôpital Larrey

Mme Martine QUINTARD
Infirmière anesthésiste - Hôpital Purpan

Mme Christine CHAPPAT
Cadre Infirmier - Hôpital Rangueil

Dr Patrick ROUX
Urgentiste – SAMU Purpan

Mme Marie-Christine CHASSAIGNE
Cadre supérieur de santé

Dr Nicolas SAFFON
Gériatre - Hôpital Casselardit

Mr Jean François COUAT
Kinésithérapeute Formateur

Docteur Agnès SUC
Pédiatre algologue Hôpital Purpan
Responsable du réseau Enfant-Do

Dr Bruno COURTOIS
Odontologue – Hôtel Dieu

Dr Delphine THIBOUD
Psychiatre - Hôpital des enfants

Mme Simone DALBIES
Sophrologue – Hôpital Larrey

Dr M. Françoise THIERCELIN-LEGRAND
Médecine interne – HAD

Mme Eliane DELON
Sage femme - Hôpital Paule de Viguier

Dr Jean-Claude VERDIE
Neurochirurgien Hôpital Rangueil

Mme Sylvie LEPAGE
Sophrologue – Hôpital Larrey

Mme Martine VIE
Pharmacien des hôpitaux Hôpital des enfants

Collège des experts désignés par le CHU: Mr René DUCLOS

Représentant du CTE : Mr Yvan RICCI

Représentant du CHSCT : Mr Christian NEUFCOURT

***Le CLUD des Hôpitaux de Toulouse
remercie chaleureusement :***

*Pour leur contribution au bon déroulement de la journée
toutes les personnes qui ont participé à l'organisation*

ainsi que :

Les laboratoires

**AGA Médical
Astra-Zeneca
Bristol-Myers Squibb
Janssen-Cilag
Intersurgical
Medtronic**

**Mundipharma
Norgine
Pfizer
Prostakan
Saint-Cloud
Schwa Médico
Sigma Tau**